

CO40-003-f

Étude des attentes et du niveau de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un centre de médecine physique et réadaptationJ.-F. Grange^{a,*}, E. Soulas^a, Y.-A. Vimont^b^a Centre hospitalier de Chambéry, 7, square Massalaz, BP 1125, 73011 Chambéry cedex, France^b CRF Andre Lalande Noth, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j.grange253@laposte.net.**Mots clés :** Médecine physique et réadaptation ; Soins primaires ; Qualité des soins

Objectif.– L'évolution de notre système de soins place le médecin généraliste comme le pivot central du suivi du patient. Un des fondements de la médecine physique et réadaptation est de définir un projet de vie coordonné dans l'espace et le temps. Le médecin de soins primaires et le spécialiste s'articulent-ils au mieux dans une perspective d'efficience et d'amélioration du service rendu ? Dans ce contexte, notre travail a voulu évaluer le niveau de satisfaction et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis d'un centre de médecine physique et réadaptation situé dans le Limousin.

Méthode.– Nous avons sollicité par courrier 177 médecins généralistes. La liste est issue d'une recherche dans les annuaires professionnels. Elle concerne tous les omnipraticiens exerçant dans le bassin de recrutement du centre. Le questionnaire se présente sous forme d'audit dans une première partie, puis sous forme de questions ouvertes dans une seconde.

Résultats.– Trente-six pour cent des médecins interrogés ont accepté de participer à notre étude. La moyenne de satisfaction obtenue est de 7,5 sur 10. Les attentes des médecins généralistes sont nombreuses. Ils souhaitent tout d'abord mieux connaître les médecins de l'établissement et leurs champs de compétence. Pour eux, le médecin de médecine physique et réadaptation doit jouer le rôle d'expert et de coordonnateur. Il doit donc définir le rôle de chacun des intervenants, mais aussi celui de l'omnipraticien dans la prise en charge du patient. Ils revendiquent le développement de consultations externes et la possibilité d'avoir un accès direct et simplifié en hospitalisation complète. Enfin, ils soulignent la nécessité de recevoir les courriers et les compte-rendus dans des délais adaptés à leur pratique.

Discussion.– Notre étude souligne l'importance d'intégrer les médecins généralistes dans l'élaboration du projet de vie. Elle démontre également la nécessité d'ouvrir les structures de médecine physique et réadaptation à la Médecine générale. Les solutions d'amélioration se situent aussi bien dans nos pratiques personnelles que dans des évolutions réglementaires, notamment dans la valorisation des consultations externes.

Pour en savoir plus

Beden C, Francois P, Caligula F, Beaudouin-Bertrand D. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. Grenoble : centre hospitalier universitaire ; 2000.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.080>

CO40-004-f

Perception et prescription du fauteuil roulant manuel dans la sclérose en plaques par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-CalaisC. Donzé^{*}, M.-A. Guyot, H. Empis, S. Demaille

service de MPR-GHICL, rue du Grand-But, 59462 Lomme, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : donze.cecile@ghicl.net.**Mots clés :** Sclérose en plaques ; Fauteuil roulant manuel ; Médecine générale

Introduction.– Le fauteuil roulant manuel (FRM) a une image négative dans la sclérose en plaques (SEP), synonyme pour les patients d'une aggravation de la maladie. Il perd ainsi tout son objectif d'aide à la mobilité. Le médecin généraliste (MG) par son implication dans la vie médicale, sociale et familiale reste le premier interlocuteur lors de sa prescription.

Objectif.– Identifier le comportement des MG du Nord-Pas-de-Calais dans l'évaluation de la mobilité, la prescription, le suivi et le ressenti du FRM dans cette population.

Méthode.– Recueil de données à partir d'un questionnaire adressé à 960 MG impliqué dans le suivi de patients faisant partie du réseau SEP du Nord-Pas-de-Calais (G-SEP).

Résultats.– Trois cent un questionnaires ont été complétés. Parmi les MG, 74,4 % s'estiment capable d'évaluer la perte de mobilité liée à la SEP. Quarante-vingt-cinq pour cent des MG considèrent avoir un rôle dans la prescription du FRM dans le suivi d'un patient SEP. Parmi les MG, 19,9 % proposent des essais avant la prescription. Le coussin anti escarre est envisagé par 9,5 % des MG. Parmi, 34,9 % ont recours à un avis spécialisé. Les jeunes MG ont une plus grande crainte du « regard des autres » pour leurs patients ($p = 0,028$). Les MG dont les patients n'ont pas de FRM ont peur d'une « perte d'indépendance » liée à l'utilisation de ce dernier ($p = 0,03$).

Discussion et conclusion.– Les études concernant les aides à la mobilité dans la SEP restent rares alors que la perte de mobilité est la première préoccupation des patients [1,2]. Notre enquête a permis de mieux cerner le comportement de prescription des MG et de pointer des axes d'amélioration. Un guide d'aide à la prescription pourrait permettre de sensibiliser et d'orienter les MG dans leur pratique.

Références

[1] Janssens AC, de Boer JB, Van Doorn PA. Expectations of wheelchair-dependency in recently diagnosed patients with multiple sclerosis and their partners. *Eur J Neurol* 2003;10(3):287–93.

[2] Devitt R, Chau B, Jeffrey W. The effect of wheelchair use on the quality of life of persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2004;17(3–4):63–79.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.081>

CO40-005-f

Mise en place d'un dossier partagé dans le cadre du réseau BreizhPCB. Nicolas^{a,*}, A. Colin^a, S. Achille^a, A. Durufle^b, F. Dauvergne^a^a Réseau BreizhPC, pôle Saint-Hélér, 54, rue Saint-Hélér, 35000 Rennes, France^b Pôle MPR, Saint-Hélér, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pc.gallien@wanadoo.fr.

Mots clés : Réseau de santé ; Paralyse cérébrale ; Dossier médical partagé

Depuis 2005 le réseau BreizhPC a mis en place une base de données informatisée, concernant dans un premier temps le site rennais, puis avec le développement des consultations spécialisées sur les autres départements bretons en 2007 un accès partagé sur un serveur sécurisé a été mis en place pour les différentes consultations multidisciplinaires. L'objectif initial était la mise en commun des données médicales pour améliorer le suivi des patients, mais aussi de disposer de données épidémiologiques.

Il est vite apparu que le dispositif était trop limité pour atteindre ces buts. Une réflexion a été lancée dans le cadre d'un groupe de travail piloté par le réseau, dans le but de faire évoluer l'outil vers un véritable dossier partagé entre tous les professionnels de santé gravitant autour du patient.

Un cahier des charges a été établi dans un premier temps : type de données médicales devant figurer dans le dossier, modalités d'accès au dossier, sécurité du stockage des données, modalités de traitements des données...

La plate forme Télésanté Bretagne, du fait de son expérience dans les réseaux nous a paru être le meilleur interlocuteur pour mener à bien ce projet, en partenariat avec l'ARS.

Cette plate forme bénéficie d'un accès sécurisé et héberge d'autres réseaux de santé, permettant d'avoir à disposition un annuaire partagé des professionnels.

L'accès au dossier implique l'adhésion au réseau et l'accord du patient, avec signature d'une charte d'utilisation. Les différents thérapeutes, médecins et para médicaux, peuvent avoir accès aux données avec des droits différents en fonction de leur statut. Chaque étape a fait l'objet d'une phase de test et de validation avec participation de professionnels libéraux.

Au final, l'outil doit permettre une meilleure prise en charge des patients atteints de paralysie cérébrale par une meilleure coordination des soins et un suivi épidémiologique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.082>

CO40-006-f

Douleurs et soins en MPR

E. Viollet^{a,*}, A. Luigi^a, J.-C. Daumet^a, O. Bredeau^b, A. Dupeyron^a

^aService de rééducation réadaptation polyvalente, CHU de Nîmes, place Robert-Debré, 30900 Nîmes, France

^bService d'évaluation et de traitement de la douleur, CHU de Nîmes, Nîmes, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emilie.viollet@chu-nimes.fr.

Mots clés : Douleurs induites par les soins ; Rééducation et douleur ; Évaluation des pratiques professionnelles

Objectif.— La douleur, lors d'une prise en charge rééducative, toutes pathologies confondues, a des répercussions sur déficiences et limitations d'activités. La difficulté de sa prise en charge en rééducation repose principalement sur la mobilisation nécessaire du patient mais aussi la présence de différents intervenants, dont les modes d'évaluation de la douleur différent et l'adaptation, parfois différée, des traitements.

L'objectif de ce travail, première étape d'une évaluation des pratiques professionnelles, est de proposer un état des lieux concernant la satisfaction des patients et des soignants quant à la prise en charge de la douleur en service de rééducation polyvalente.

Matériel et méthode.— Un questionnaire, validé par le comité de lutte contre la douleur, évaluant la prise en charge de la douleur en service a été distribué à tous les soignants (IDE, aides soignants, agents de service hospitalier, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins) et à tous les patients admis sur une période de trois mois.

Ce questionnaire s'intéressait à plusieurs dimensions : le mode de recueil de l'information douloureuse, la transmission de cette information, la gestion de l'information douloureuse, l'adaptation des traitements suite à l'expression d'une douleur. L'analyse a été descriptive sous forme de pourcentage.

Résultats.— Trois sources d'insatisfaction ont été ciblées : la difficulté de recueil d'une information douloureuse sur un support simple et facile d'accès pour tous, la difficulté de transmission de cette information douloureuse, le manque d'information des patients sur la physiopathologie de la douleur.

Ainsi, il apparaît important de travailler autour de l'information douloureuse et du rôle du patient dans le recueil et la transmission de celle-ci pour améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la lutte contre la douleur, élément essentiel à une rééducation bien conduite.

Discussion.— La deuxième étape de cette évaluation consistera en la création, avec les équipes de soignants et de rééducateurs, d'un carnet personnalisé de recueil de l'information douloureuse au cours de la journée, plaçant ainsi le patient au centre de sa prise en charge.

Pour en savoir plus

Alami S, et al. Management of pain induced by exercise and mobilization during physical therapy programs: views of patients and care providers. BMC Musculoskelet Disord 2011;22:12–172.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.083>

CO40-007-f

Étude du rôle de conseil du spécialiste en MPR auprès de patients engageant une procédure en réparation de dommages corporels, analyse de 20 dossiers

F. Metté^{a,*}, M.A. Ceccaldi^b

^aHôpital de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte

^bCabinet Preziosi-Ceccaldi, Mayotte

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois@mette.re.

Mots clés : Expertise; Dommage corporel; Indemnisation; Réadaptation

Objectif.— Nous analysons les vertus du découplage entre filière de soins et filière indemnitaire dans la recherche de réadaptation du blessé.

Population, méthode.— Nous analysons les dossiers de 20 patients dont nous sommes conseil dans le cadre d'une procédure en réparation. Il s'agit d'une coupe transversale totale de la population concernée.

Nous relevons les éléments suivants :— sexe, âge de l'accidenté ;

— type et date de l'accident ;

— mode d'imputabilité ;

— mode de déclenchement du recours ;

— intervention du MPR conseil, valorisation de ses compétences ;

— intervention de l'avocat spécialisé, valorisation de ses compétences ;

— estimation du devenir du patient sans le recours ;

— financements des compétences ;

— actualité du dossier.

Résultat.— L'analyse démontre l'importance du spécialiste en MPR dans l'initiation, la constitution et le suivi des dossiers de recours en dommage corporel mais aussi son apport décisif dans l'évaluation médico-légale du handicap.

L'aspect financier qui retient souvent le corps médical doit être replacé dans sa véritable dimension de moyen de réadaptation et non de finalité.

Discussion.— Le MPR peut hésiter à s'engager pour des raisons relationnelles, professionnelles, voire contractuelles. L'existence d'une perspective d'indemnisation l'interroge sur l'étendue de sa mission.

Si la confraternité doit être la règle, elle n'est pas toujours facile à mettre en oeuvre avec les experts des assurances.

Conclusion.— La synergie MPR Avocat dans les dossiers de patients éligibles à une indemnisation favorise une optimisation des conditions de la réadaptation. La formation du MPR à l'indemnisation du dommage corporel est utile sinon indispensable et plus particulièrement lorsque le choix du patient s'est porté sur un avocat non-spécialiste.

Pour en savoir plus

Lambert-Faivre Y. Droit du dommage corporel ; Précis Dalloz, 6^e éd., 2009, Dalloz.

Ceccaldi M et Delval C. « Expertise du grand handicap : le point de vue de l'avocat » ; Experts, juin 2010, p. 24 et s.

Laurent-Vannier A, Chevignard M, Ceccaldi M. « Spécificité de la prise en charge indemnitaire de l'enfant TC », Gaz-pal., n° 69 à 70, 9–10 mars 2012, p. 11 et s.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.084>

English version

CO40-001-e

Management of disability in general practice

S. Oustric

Département universitaire de médecine générale, faculté de médecine Rangueil, Toulouse, 133, route de Narbonne, 31062 Toulouse, France
E-mail address: stephane.oustric@dung-toulouse.fr.

Keywords: General practitioner; Disability; Organisation of health system

The role and place of the outpatient general practitioner in primary care of our health care system is defined precisely by the Article Art. L. 4130-1 of the HPST law.

Their missions include the following:

— contribute to the provision of community healthcare, by securing comprehensive care (prevention, screening, diagnosis, disease treatment and monitoring, health education) for patients;

— refer patients, as needed, to healthcare and social institutions;

— ensure coordination of healthcare necessary for patients;

— ensure access to individualized protocols and recommendations for diseases requiring prolonged care and contribute to chronic disease management, in cooperation with other professionals involved in patient care;

— ensure synthesis of the information provided by different healthcare professionals;

— contribute to initiating prevention and screening.